

Para prevenir retrasos, complete todos los campos y **ENVÍE POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** al número proporcionado anteriormente. Para asistencia adicional, llámenos al número mencionado anteriormente de lu.-vi., de 8 a.m.-9 p.m. ET (hora del este)

1 Información del paciente

Nombre _____

Fecha de nacimiento / / Sexo M F

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Idioma preferido (no inglés) _____

Teléfono de preferencia _____

Teléfono alternativo _____

Mejores horas para llamar _____

Mensaje de voz Teléfono de preferencia Teléfono alternativo Sin mensaje

Mensaje de texto Teléfono de preferencia Teléfono alternativo Sin mensaje

Al marcar este recuadro, indico que he leído el Acuerdo acerca de mensajes de texto en la Sección 7 y acepto expresamente recibir mensajes de texto del o de parte del Programa.

Autorización del paciente

He leído y acepto las certificaciones del paciente incluidas en la sección 7

He leído y acepto la autorización del paciente para usar y divulgar información sobre salud en la Sección 8

_____/_____/_____
Firma del paciente o representante legal DD MM AAAA

_____/_____/_____
Firma del paciente o representante legal DD MM AAAA

Relación con el paciente (si firma una persona que no es el paciente, *por favor, describa su potestad para firmar a nombre del paciente*).

2 Seguro *Por favor, incluya copias del anverso y reverso de las tarjetas primarias y de receta.*

Seguro **primario** Sin seguro

Teléfono del seguro _____

n.º de identificación de la póliza _____ n.º de grupo _____

Nombre del asegurado (Nombre/Apellido) _____

Relación con el paciente _____

Por favor, llene la Sección 6 si no tiene seguro médico.

Seguro de **receta** (si difiere) _____

Teléfono del seguro de la receta _____

n.º de ID de la póliza _____ n.º de grupo _____

n.º de ubicación de la receta _____ n.º NCP de la receta _____

3 Médico

Nombre del recetador _____

Lugar/Nombre del lugar _____

del recetador NPI _____ n.º de ID de impuestos del grupo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Especialidad _____ n.º de licencia del estado _____

Contacto de oficina _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____ Fax _____

4 Receta

Receta DUPIXENT (dupilumab) 300 mg/2 mL Jeringa prellenada Paquete de 2

DOSIS INICIAL: **600 mg** n.º de 2 paquetes: _____

SIG: 2 inyecciones subcutáneas el día 1 Cantidad: 1

MANTENIMIENTO: **300 mg**

SIG: 1 inyección cada 2 semanas a partir del día 15 Cantidad: _____ Reposiciones: _____

MANTENIMIENTO: Otro

Dosis: _____ Frecuencia: _____

SIG: _____ Cantidad: _____ Reposiciones: _____

Alergias conocidas a la medicación _____

Médicos emisores de recetas del estado de NY, por favor, enviar la receta en una forma de receta original del estado de NY.

Mi farmacia de especialidades preferida es:

Nombre de la farmacia de especialidades preferida _____

Teléfono _____ Fax _____

Ya he enviado esta receta a la farmacia de especialidades mencionada anteriormente. Al marcar este recuadro, reconozco el papel de esta farmacia para asegurar la cobertura a nombre del paciente.

_____/_____/_____
Firma del proveedor (Sin estampas) Adminístrese como se indica DD MM AAAA

Mi firma certifica que la persona mencionada en esta forma es mi paciente. La información suministrada en esta aplicación, según mi conocimiento, es completa y correcta, y la terapia con DUPIXENT es médica necesaria. Comprendo que la información suministrada por mi paciente a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (la "Alianza") es para uso de DUPIXENT MyWay® únicamente para verificar la cobertura del seguro de mi paciente; para evaluar, según corresponda, la elegibilidad de mi paciente para recibir asistencia al paciente y demás programas de ayuda, y, de otro modo, administrar DUPIXENT MyWay al paciente. Solicito a DUPIXENT MyWay realizar una investigación de beneficios para mi paciente y autorizo a DUPIXENT MyWay a actuar a nombre de mi paciente con el único propósito de enviar esta receta a la farmacia apropiada, designada por el paciente según su plan de beneficios. Si esta receta no se designa, DUPIXENT MyWay está autorizado a enviar esta receta a una farmacia de la red que seleccione o a la farmacia que yo haya indicado. Acepto que DUPIXENT MyWay me contacte por medio de fax, correo postal o electrónico para proporcionar información adicional acerca de la inyección DUPIXENT o DUPIXENT MyWay. Acepto que DUPIXENT MyWay revise, cambie o cancele cualquier servicio del programa en cualquier momento sin previo aviso.

Complete el formulario y envíe **POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** a DUXIPENT MyWay al **1-844-387-9370**

Por favor, haga clic aquí para consultar la información completa para prescripción.

Para prevenir retrasos, complete todos los campos y **ENVÍE POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** al número proporcionado anteriormente. Para asistencia adicional, llámenos al número mencionado anteriormente de lu.-vi., de 8 a.m.-9 p.m. ET (hora del este)

Nombre del paciente _____

Nombre del recetador _____

n.º NPI _____

5 Clínico

Diagnóstico

Código CIE-10: **L.20.** __ __ **L.20.** __ __ **L.20.** __ __

Años desde el diagnóstico: _____

- Paciente tiene 18 años o más
- El paciente tiene dermatitis atópica (DA)* moderada a severa controlada de manera inadecuada con la anterior o actual terapia tópica

*La DA moderada o severa se define como eritema moderado a severo y papulación o infiltración moderada a severa.¹

SEVERIDAD

El área de superficie corporal (ASC) involucrada:

- menos del 10%
- 10% o más

Áreas sensibles afectadas (Marque todas las que apliquen):

- manos
- pies
- rostro y cuello
- genitales o ingle
- cuero cabelludo
- áreas intertriginosas
- otras _____

 **Por favor, adjunte las notas del diagrama de oficina relevantes para la terapia.**

1. Futamura M, Leshem YA, Thomas KS, Nankervis H, Williams HC, Simpson EL. "A systematic review of Investigator Global Assessment (IGA) in atopic dermatitis (AD) trials: many options, no standards" ("Revisión sistemática de la Evaluación global del investigador o IGA, por sus siglas en inglés, en ensayos sobre dermatitis atópica, DA: muchas opciones, ningún estándar"). *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:288-294.

TERAPIAS ANTERIORES Y ACTUALES

DURACIÓN

Terapias tópicas:

_____ a _____
_____ a _____

- Las terapias tópicas son inadecuadas para este paciente

Razonamiento:

Corticoesteroides sistémicos, Inmunosupresor y fototerapia:

_____ a _____
_____ a _____
_____ a _____

- Los corticoesteroides sistémicos no son adecuados para este paciente
- Los inmunosupresores con inadecuados para este paciente
- La fototerapia es inadecuada para este paciente

Razonamiento:

6 Ingreso familiar *Requerido si se inscribe al Programa de asistencia al paciente DUPIXENT MyWay*

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Ingreso familiar anual total \$0 a \$100,000 Superior a \$100,000

(Incluye salario, ingresos por Seguro Social, beneficios de seguro por desempleo, ingresos por discapacidad, cualquier otro ingreso familiar.)

Para calificar para el programa de asistencia al paciente **DUPIXENT MyWay**®, comprendo que debo haber confirmado que carezco de cobertura de seguro médico para DUPIXENT y debo cumplir ciertos requisitos de ingresos y demás requisitos de elegibilidad. Es posible que **DUPIXENT MyWay** solicite pruebas de mis ingresos en cualquier momento para propósitos de auditoría y verificación. De solicitarse, acepto proporcionar la información sobre mis ingresos dentro de treinta (30) días a partir de la solicitud.

La continuación en el programa está sujeta a la pronta verificación de los ingresos. Además, acepto notificar a **DUPIXENT MyWay** si la situación de mi seguro cambia.

Complete el formulario y envíe **POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** a **DUPIXENT MyWay** al **1-844-387-9370**

Por favor, haga clic aquí para consultar la información completa para prescripción.



Nombre del paciente

Nombre del recetador

n.º NPI

7

Certificaciones del paciente

Por favor, lea con cuidado lo que se encuentra a continuación, luego, ingrese la fecha y firme donde se indica en la sección 1 de la página 1

Me he inscrito en el Programa *DUPIXENT MyWay*® (el “Programa”) y autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la “Alianza”) a proporcionarme servicios bajo el Programa, como se describe en el Formulario de inscripción al programa y como pueda añadirse en el futuro. Tales servicios incluyen medicación e inclusión en comunicaciones y ayuda, educación sobre medicación, ayuda sobre la administración de medicamentos, cobertura y ayuda sobre asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicación, capacitación sobre inyecciones y otros servicios de ayuda (los “Servicios”).

Acepto mi inscripción en el programa de la Tarjeta de copago *DUPIXENT MyWay* si se confirma elegibilidad, comprendo que la información sobre la Tarjeta de copago se enviará a mi farmacia de especialidades designada o a la farmacia de especialidades de la red junto con mi receta, y cualquier asistencia con el reparto de costos aplicable o copago para la inyección *DUPIXENT*® se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del programa.

Si completo la Sección 6, confirmo mi aceptación con las condiciones explicadas en la Sección 6, y certifico que la cantidad de personas en mi hogar y los ingresos de mi hogar son veraces y correctos, según mi conocimiento.

Autorizo a la Alianza a contactarme por correo postal, teléfono o correo electrónico, o si acepto y doy mi consentimiento en la página 1, por mensaje de texto*, para proporcionarme información acerca del Programa, dermatitis atópica (DA) y productos, promociones, servicios y estudios de investigación, así como para preguntar mi opinión acerca de tal información y temas que incluyen investigación de mercado y encuestas relacionadas con enfermedades. Además autorizo a la Alianza a anonimizar mi información sobre salud y usarla para realizar investigaciones que incluyan vínculos con otra información anónima que reciba la Alianza de otras fuentes, estudios, análisis de negocios, estudios de marketing o para otros propósitos comerciales. Comprendo que es posible que los miembros de la Alianza compartan información identificable sobre salud entre sí con el objetivo de anonimizarla para estos propósitos y, como sea necesario, para desempeñar los Servicios o enviar las comunicaciones mencionadas anteriormente (las “Comunicaciones”). Comprendo y acepto que es posible que la Alianza use mi información de salud para estos propósitos y comparta mi información de salud con mis doctores, farmacias de especialidades y aseguradoras de salud.

Comprendo que no tengo que inscribirme en el Programa o recibir Comunicaciones, y que todavía puedo recibir la inyección *DUPIXENT*, como lo ha prescrito mi médico. Puedo darme de baja de recibir Comunicaciones, servicios de ayuda individual ofrecidos por el Programa incluidos la tarjeta de copago *DUPIXENT MyWay* o darme de baja del Programa completamente en cualquier momento notificando a un representante del Programa por teléfono al 1-844-387-4936 o enviando una carta a *DUPIXENT MyWay*, 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715. También comprendo que los Servicios pueden ser revisados, cambiados o cancelados en cualquier momento.

Puede conservar una copia de esta forma para sus registros.

Acuerdo sobre mensajes de texto:

*Reconozco que al marcar el recuadro de Acuerdo sobre mensajes de texto en la página 1, acepto expresamente recibir mensajes de texto de o de parte del Programa al número o números de teléfono celular que proporcione.

Confirmando que soy el suscriptor del número o números de teléfono celular proporcionado, y acepto notificar a la Alianza de manera oportuna, si cualquiera de mis números cambia en el futuro. Comprendo que es posible que se apliquen cargos por uso de datos y mensajes de texto por parte de mi proveedor de servicio móvil. Comprendo que puedo darme de baja de mensajes de texto futuros en cualquier momento enviando **SMSSTOP** al **39771** desde mi teléfono celular, y que puedo solicitar ayuda por mensajes de texto enviando **SMSHELP** al **39771**. Además, comprendo que es posible que incluyan términos y condiciones adicionales de mensajes de texto en el futuro como parte del mensaje de texto para darse de baja. Comprendo que mi aceptación no es requerida como condición de compra de cualquier bien o servicio de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, o sus filiales. Es posible que se apliquen cargos por mensajes de texto y datos.

Complete el formulario y envíe **POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** a *DUPIXENT MyWay* al **1-844-387-9370**

Por favor, haga clic aquí para consultar la información completa para prescripción.

DUPIXENT®
(dupilumab) Inyección 300mg

Nombre del paciente

Nombre del recetador

n.º NPI

8 Autorización del paciente para usar y divulgar información sobre salud

Por favor, lea con cuidado lo que se encuentra a continuación, luego, ingrese la fecha y firme donde se indica en la sección **1 de la página 1**

Autorizo a mi proveedor de atención médica y al personal, mi aseguradora de salud, plan de salud o programas que me proporcionen beneficios de salud (en conjunto, "Aseguradoras de Salud"), y cualquier farmacia de especialidades que distribuya mi medicación y divulgue a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") mi información de salud incluida información relacionada con mi condición médica y tratamiento, cobertura y reclamaciones de seguro de salud recetas (incluida información sobre llenado y reposición), así como referencias a e inscripción en el Programa ("Mi información") con el propósito de inscribirme y proporcionar ciertos servicios que incluyen:

- determinar si cumpla los requisitos para participar en los programas de asistencia de cobertura *DUPIXENT MyWay*[®], programas de asistencia al paciente o demás programas de ayuda (el "Programa")
- investigar mi cobertura de salud para la inyección *DUPIXENT*[®]
- obtener autorización previa para cobertura
- asistir con apelaciones de reclamaciones negadas sobre cobertura
- para la operación y administración del Programa
- para referirme a o determinar mi elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que puedan estar disponibles para brindarme asistencia con los costos de mi medicación

Comprendo y acepto que mis proveedores de atención médica, aseguradoras de salud y farmacia de especialidades pueden recibir una remuneración de la Alianza a cambio de la divulgación de Mi información a la Alianza y por brindarme servicios de ayuda en conexión con el Programa.

Una vez que Mi información se haya divulgado a la Alianza, comprendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan de divulgaciones adicionales. Sin embargo, la Alianza acepta proteger Mi información al usarla y divulgarla únicamente para propósitos que yo permita en esta Autorización o según lo permita la ley.

Comprendo que no tengo que firmar esta Autorización. Mi decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, cobertura de seguro, acceso a beneficios de salud o medicaciones de la Alianza. No obstante, si no firmo esta Autorización, comprendo que no podré participar en el Programa.

Comprendo que esta Autorización expira 18 meses después de la fecha en que se haya brindado ayuda por última vez bajo el Programa, de acuerdo con la legislación aplicable, a menos que y hasta que yo mismo cancele (retire) esta Autorización antes de que se cumpla el plazo. Además, comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud escrita, por correo postal o fax, a *DUPIXENT MyWay* a 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715; Fax: 1-844-387-9370. La cancelación de esta Autorización terminará con mi participación en el Programa y no afectará ninguna divulgación de Mi información basada en esta Autorización que se haya realizado antes de que mi solicitud haya sido revisada y procesada por mis proveedores de atención médica y el personal, mis aseguradoras de salud y farmacias especializadas.

Comprendo que es posible solicitar una copia de esta Autorización.

Complete el formulario y envíe **POR FAX TODAS LAS 4 PÁGINAS** a *DUPIXENT MyWay* al **1-844-387-9370**

Por favor, haga clic aquí para consultar la información completa para prescripción.